Rok XLIII. Kraków 20 Sierpnia 1904. Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

W sprawie laseczników Lislea i Julliena w kile[1]).

Podał

Dr. Z. Sowiński.

Z doniesienia Lislea i Julliena[2]) dowiedziano się, że udało się tym badaczom stwierdzić we krwi żylnej chorego na kiłę obecność ciała ziarnistego, okrągłego, mocno łamiącego światło i przesączającego się przez sączek Chamberlanda. Lecz ciała te ani w hodowlach, ani po zaszczepieniu na zwierzętach wyników dodatnich nie dały. Nie dziwiło to nas, powiadają Lisle i Jullien, ponieważ widzieliśmy doskonale, że krew chorych na kiłę po skrzepnięciu jest nieszkodliwą; przypomnieliśmy sobie o sławnem doświadczeniu Pellizzariego, o szczepieniu otrzymanej przez upust krwi trzem młodym ludziom, z których tylko pierwszy się zaraził, ponieważ dwom pozostałym wstrzyknięto krew już skrzepłą i ostudzoną. Fakty te autorowie objaśniają z punktu widzenia spółczesnej chemii biologicznej: w surowicy krwi po skrzepnięciu znaleziono aleksynę, ciało, posiadające nader energiczne własności bakteryobójcze. W ten sposób autorowie, chcąc uniknąć wystąpienia podobnej aleksyny, po raz pierwszy przeprowadzili swe doświadczenia nad plazmą i płynem otrzymanym za pomocą pryszczydeł, plazmą, w której można było stwierdzić brak aleksyny. Plazma, otrzymana w sposób powyższy, zawierała drobnoustrój, podobny do lasecznika, który autorowie uważają za drobnoustrój istotnie chorobotwórczy kiły.

Uważając ze swej strony, iż metoda podobna nie odpowiada w zupełności ścisłym wymaganiom wiedzy, oraz wychodząc z założenia, iż przez pozostawienie pryszczydła (*mouche de Milan)* na czas tak długi — 12 i więcej godzin —, wytwarzamy najdogodniejsze warunki dla dostawania się z zewnątrz drobnoustrojów do pęcherza wskutek z jednej strony rozciągnięcia naskórka, a z drugiej wskutek rozwoju sprawy zapalnej na danem miejscu, postanowiliśmy uprzednio poddać badaniu bakteryologicznemu dwa czynniki, wchodzące w zetknięcie z sobą: — skórę i pryszczydło.

Ponieważ za jałowość skóry w mniejszym lub większym stopniu ręczyć możemy, jeżeli dokładnie i parokrotnie wymyjemy pewną jej przestrzeń, poddamy ją następnie dłuższemu działaniu wyskoku sublimatowego, więc najpierw zwróciliśmy baczną uwagę naszą na pryszczydło. Przy tej sposobności nadmienimy, iż sami przytoczeni autorowie spostrzegli, że im słabsze było pryszczydło i im dłużej pozostawało na skórze, tem częściej mogli stwierdzić obecność swego drobnoustroju w powstałym pęcherzu.

Zaszczepiwszy pryszczydło przez pociągnięcie na agarze glicerynowym, udało mi się po upływie doby spostrzedz wzdłuż tych pociągnięć warstewkę wilgotną, podobną do śmietanki. Badana pod drobnowidem warstewka ta uwydatniła obecność laseczników krótkich, o końcach zaokrąglonych, lecz nie rozdętych; robiły one wrażenie dwubiegunowych; pośrodku lasecznika spostrzegałem niewielką przestrzeń, która zaledwie nieznacznie, a czasem wcale nie barwiła się, co mimowoli nasuwało podejrzenie, czy owe miejsca puste nie są zarodnikami. W celu wyświetlenia tej wątpliwości ogrzewałem jedno- i dwudobową hodowlę na agarze w łaźni wodnej w ciągu 15—20 minut przy ciepłocie 58—60° C., poczem robiłem przeszczepienia, ale wyniki otrzymałem ujemne. Wobec czego możliwe wątpliwości usunięte zostały.

Lasecznik, o którym mowa, barwi się zapomocą wszelkich używanych barwików; należy jednak unikać przegrzania preparatu nad płomieniem, — w tym bowiem przypadku lasecznik znacznie grubieje. Zalecić także należy użycie płynów utrwalających, jako to: mieszaniny eteru z wyskokiem absolutnym, roczczynu kwasu osmowego lub mieszaniny nasyconego roztworu wodnego sublimatu z kwasem octowym. Metodą Grama lasecznika zabarwić nie można. Zasiany na bulionie lasecznik Lislea już w końcu pierwszej doby tworzy w nim męty, a po paru dniach (3—4—5) powstaje lekki obłoczek, który nie gęstnieje i nie niknie.

Żelatyna rozpuszcza się powoli (6—8 dni), a ukłucie nie daje w następstwie charakterystycznego lejka. Płyn w probówce jest mętny i zawiera płatki, ma odcień słabo zielonawy; żelatyna się nie barwi.

Pociągnięcia z hodowli na płytkach żelatynowych po upływie 3—5 dni występują wyraźnie jako kółka z szarawym odcieniem, ale niezupełnie prawidłowego kształtu, o nierównych brzegach. Takie wejrzenie posiadają hodowle. Co się zaś tyczy sprawy rozpuszczania, to i tutaj odznacza się ono powolnością w występowaniu tak, iż dopiero po 15—16 dniach cała żelatyna w miseczce staje się płynną.

Na surowicy zgęszczonej drobnoustrój ten rozwija się niepostrzeżenie i nie wywołuje jej rozpuszczania. Na podłożach z dodatkiem płynu puchlinowego *(ascites)* rozwija się obficie. Rozwój na kartoflu nie przedstawia nic cechującego. Drobnoustrój szczepiony na mleku nie ścina go, lecz na powierzchni tworzy tłustą warstwę, podobną do śmietany; odczyn — zasadowy.

[1]) Referat w »Ross. Tow. syfilidolog i dermatolog.« w Petersburgu d. 8 grudnia 1901 r.

[2]) Bullet. med. 1901 (ref. patrz »Russ. żurn. kożn. i wienier. bolieźń.« T. II. str. 74). Semaine méd. 1901 p. 220. — »Deutsch. med. Woch.« 1901.

Laseeznik posiada ruchy dowolne. Kolonie odznaczają się często, choć nie stale, przykrą wonią. Zamieranie laseeznika następuje w przybliżeniu około 25—30 dnia, lecz jeżeli w tym czasie przeprowadzić hodowlę przez ustrój zwierzęcy, to udaje się przywrócić ją do życia. Wszystkie podłoża posiadają odczyn zasadowy; ciepłotę termostatu utrzymywałem w granicach 37—38° C. Dr. Korowin doniósł o swoich spostrzeżeniach[3]), w których zastosował tę samą niedokładną metodę pryszczydeł, pozostawianych na chorych kiłowatych przez 12 i więcej godzin; znajdował on w powstałym pęcherzu drobnoustroje, w najdrobniejszych szczegółach zupełnie takie same, jak laseczniki Lislea i Julliena. Jak widać z wyżej przytoczonego opisu, znaleziony przezemnie w pryszczydle lasecznik w zupełności odpowiada cechom lasecznika Lislea i Julliena; różnica zaś dotyczy jedynie czasu, w jakim rozpuszcza żelatynę. Należy jednak wziąć pod uwagę, iż własności naszych odżywek znajdują się pod wpływem nader wielu czynników, jakoto: gatunku żelatyny, gatunku mięsa, możliwości przegrzania żelatyny, a stąd zmniejszonej łatwości stężenia i t. p.; wszystko to są czynniki, posiadające nader poważne wpływy. Wreszcie oprócz tych, dających się usunąć czynników, należy znać w każdym poszczególnym przypadku skład odsetkowy samej pożywki, jeśli chcemy określić początek rozpuszczania jej przez ten lub inny drobnoustrój. O tej ostatniej okoliczności nie wspominają Lisle i Jullien; stwierdzają jedynie fakt późnego rozpuszczania żelatyny, pozostawiając na uboczu pytanie co do składu odsetkowego żelatyny w odżywce, użytej do hodowli ich lasecznika. Być może, że użyte przez nich podłoże posiadało większy odsetek żelatyny; w takim razie oczywiście rozpuszczanie się jej będzie wogóle dla każdego lasecznika następowało później i przez to samo pozorne różnice znajdą zupełnie naukowe uzasadnienie.

Szczepienia zrobiłem z dwóch pryszczydeł, lecz lasecznik znalazłem tylko w jednem. Zaledwie pierwsze hodowle poddałem badaniu drobnowidowemu i spostrzegłem, iż niektóre cechy znalezionego przezemnie lasecznika odpowiadają charakterowi drobnoustroju, opisanego przez Lislea i Julliena, bezwłocznie zająłem się ścisłem badaniem jego własności morfo- i biologicznych i przekonałem się, że nawet pojedyncze stwierdzenie tego lasecznika w pryszczydle zupełnie wystarcza do upewnienia się w mojem przypuszczeniu. Jeżeli bowiem wspomniany drobnoustrój znajduje się w pryszczydle, użytem w celu wywołania pęcherza, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w podobnych warunkach może on przedostać się do pęcherza, gdzie znajdzie jak najdogodniejsze warunki dla swego rozwoju. Wszystko to jest w zupełnej zgodzie z ogólnemi cechami biologicznemi drobnoustrojów; z tego też powodu dalsze badanie bakteryologiczne pryszczydeł uważałem za zbyteczne.

Przypuśćmy, że udało mi się znaleźć lasecznik ten tylko dzięki szczęśliwemu zbiegowi okoliczności; może być, że nie w każdem pryszczydle znajdują się one, lecz dociekania tego rodzaju doprowadziłyby mnie do innego wręcz pytania — o odsetkowej zawartości lasecznika omawianego w pryszczydłach. Równie ciekawą sprawą byłoby przekonanie się, w jakim stosunku znajduje się lasecznik do pryszczydła: czy jest on naleciałością przypadkową, zjawiając się już jako przypadkowy jego mieszkaniec, czy też gnieździ się on w kiszkach majki (kantarydy) jak n. p. *bacterium coli* u człowieka? Oczywiście, tę stronę sprawy potrafiłyby wyświetlić odpowiednie badania bakteryologiczne samego owadu. Lecz pytania te mają jedynie wartość teoretyczną.

[3]) Posiedzenie Ross. Tow. syfilidol. i dermatol. dnia 3 listopada 1901 r. w Petersburgu.

Jednocześnie zajmowałem się i bakteryologicznem badaniem krwi chorych na kiłę tak w okresie drugim — wylęgania, jak i w czasie pierwotnej osutki; we wszystkich przypadkach badałem chorych, którym rtęć nie była nawet miejscowo stosowaną. Krew otrzymywałem bezpośrednio z żył zapomocą wyjałowionej strzykawki i natychmiast robiłem szczepienia na wszelakich podłożach: stałych i płynnych; robiłem preparaty drobnowidowe, używałem najróżniejszych sposobów barwienia i utrwalenia. Taksamo świeżo wziętą krew umieszczałem w woreczkach kolodyonowych i wszywałem je do jamy brzusznej królików i świnek morskich. Szczepienia ze wspomnianych woreczków robiłem w różnych odstępach czasu, przebytego w ustroju zwierzęcym. Pomimo tego wszystkiego na zasadzie badania więcej niż 20 przypadków własnych mogę twierdzić, że lasecznik taki, jaki znaleźli Lisle i Jullien w płynie pęcherzy (*serosité vésicatoire*), — we krwi chorych na kiłę świeżą i nieleczonych, — wcale nie istnieje.

* * *

II. Z kliniki pedyatrycznej Prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O cytologicznem badaniu wysięków i przesięków.

Podał

Doc. Dr. Ksawery Lewkowicz.

(Dokończenie).

Cierpienia przebiegające z wzorem śródbłonkowym.

Endoteliozę mniej lub więcej czystą napotyka się z reguły podczas całego przebiegu w przesiękach na tle chorób sercowych, lub nerkowych. (Widal i Ravaut 6. Widal, Sicard i Dopter 58). Winiarski (2) mówi jednak o limfocytozie w przesiękach opłucnowych i otrzewnowych. Podobnie Dopter i Tanton (30) znaleźli w jednym przypadku wysięku osierdziowego na tle zapalenia nerek limfocyty ze znaczną przymieszką ciałek wielojądrzastych. Ci sami autorowie stwierdzili w jednym przypadku puchliny brzusznej na tle marskości wątroby wzór wielojądrzasty. Zwykle przy marskości wątroby wyskokowej w płynie jamy brzusznej stwierdza się śródbłonki i nieco limfocytów (Grenet i Vitry 84).

Przy samoistnej puchlinie pochewki jądra można znaleźć wzór śródbłonkowy, lub też wynik jest ujemny (Widal i Ravaut 12). Podobne wyniki mieli Dopter i Tanton (30), w jednym jednak przypadku limfocytozę.

Nowotwory złośliwe błon surowiczych sprowadzają wytworzenie płynów z wzorem z reguły śródbłonkowym mniej lub więcej czystym. Winiarski (2) pisze: „W przypadkach wysięków (otrzewnej), polegających na tle nowotworowem, stale znajdowałem dosyć znaczną ilość śródbłonków, co się zaś tyczy leukocytów, to otrzymałem wyniki

różne; niekiedy przeważała ilość limfocytów, innym razem leukocytów neutrofilowych". Rzeczywiście nowotwory, o ile sprowadzają tylko mechaniczne drażnienie, dają wzór śródbłonkowy; o ile zaś przyłączy się, lub przeważy podrażnienie zapalne, wzór może mieć znaczną przymieszkę ciałek białych, lub przejść zupełnie w limfocytowy, względnie wielojądrzasty. Czysty wzór śródbłonkowy otrzymywali Widal i Ravaut (6), podobnie Grenet i Vitry (84). Ten wzór uważał też Widal (38) za cechujący tak, że inne wzory, n. p. wielojądrzasty, uważał za objaw zakażenia wtórorzędnego. Tymczasem wzór ten przy nowotworach nie jest wcale rzadki. Znajdowali go Korczyński i Wernicki (1) Milian (53) obok znacznej przymieszki ciałek krwi, wreszcie Gombault i Halbron (82) w przypadku glejaka mózgu. W tym ostatnim przypadku zakażenie wtórne było chyba wykluczone. Dość często znajdujemy także przy nowotworach wzór limfocytowy (Grenet i Vitry 84, Boidin 101, przypadek lymphoadenoma mediastini) i krwotoczny (Labbé, Delille i Aiguinet 52, Milian 53). Co do opon znane są dwa przypadki guzów z wzorem limfocytowym (Achard i Laubry 26, Dufour 98), a pierwszy z nich jest nawet tem ciekawy, że ze względu na obraz cytologiczny wzięto go za zapalenie gruźlicze opon. Przy nowotworach napotykamy wreszcie czasem przymieszkę rozmaicie wyglądających komórek nowotworowych (Labbé, Delille i Aiguinet 52, Larrier 76, Grenet i Vitry 84).

Przy dobrotliwym torbielaku jajnika znaleźli Grenet i Vitry (84) płatki śródbłonkowe i nieco limfocytów.

Jeden przypadek wzoru śródbłonkowego mieli Widal i Lemierre (92) w zapaleniu opłucnej durowem.

Obecność śródbłonków, mianowicie w płatkach, jest ważną, choćby była znaczna przymieszka limfocytów, gdyż n. p. u chorego sercowego przemawiać to ma przeciw tłu gruźliczemu (Dopter i Tanton 30, Widal i Ravaut 33 Ravaut 41).

Płyny o wzorze jednojądrzastym.

Mononukleozę spotyka się rzadko i niezawsze można ją odgraniczyć od wzoru śródbłonkowego. Laignel-Lavastine (24) widzieli ją w jednym przypadku porażenia postępowego; Widal i Lemierre (65) w nerwobolach w 4 lata po zapaleniu nagminnem opon; Variot (79) w przypadku ozdrowienia po tem cierpieniu. Według Jarvisa (96), znajduje się ją przy śpiączce murzynów, polegającej, jak wiadomo, na obecności we krwi i płynie mózgowordzeniowym swoistego pasorzyta zwierzęcego: trypanosoma gambiense.

Erytrocytoza.

Erytrocytoza płynu mózgowordzeniowego zdarza się przy krwotokach do opon, lub w bezpośrednie ich sąsiedztwo. Trzeba jednak wykluczyć krwotok z obrażenia jakiegoś naczynia przy samem nakłuciu, co jest zwykle trudnem. Także i próba trzech rurek Tuffiera (40) nie jest zupełnie pewna. O wiele pewniejszym znakiem krwotoku jest występujące po pewnym czasie zabarwienie bursztynowożółte płynu, spostrzegane najpierw przez Barda (29), zdarzające się jednak także w zapaleniach i żółtaczce, a mające pochodzić od luteiny. Cytologicznie po wessaniu krwi wystąpiła w przypadku Widala (78) polinukleoza w 9-tym dniu, a potem limfocytoza w 13-tym dniu. W innych razach polinukleozy nie da się uchwycić, czy też ona się nie rozwija (Chauffard, Froin i Boidin 81, Chauffard i Froin 90). Cechującem dla poprzedzającego krwotoku może być stwierdzenie komórek śródbłonkowych, jako makrofagów, obejmujących ciałka czerwone krwi (Sabrazès i Muratel 83, 92).

Erytrocytozę stwierdza się często w cierpieniach stawów na tle wiądu rdzenia (Dufour 34).

Zapalenia opłucnej durowe mogą być krwotoczne. Stwierdza się wtedy względną obfitość wielkich ciałek jednojądrzastych (Widal i Ravaut 6).

Pochodzenie składników komórkowych.

Ciałka wielojądrzaste neutrofilne i eozynofilne pochodzą niewątpliwie z krwi i dostają się do płynów patologicznych, przepacając się przez ściany naczyniowe, jak to stwierdziły klasyczne doświadczenia Cohnheima. To samo można powiedzieć i o ciałkach krwi czerwonych. Co do limfocytów sprawa ta nie jest już tak jasną. To pewna, że limfocyty wysięków są w przeważnej liczbie identyczne z limfocytami małymi krwi. Twierdzenie Patelli (42), że to są jądra, powstałe po rozpadzie śródbłonków, nie da się utrzymać wobec typowej budowy tych tworów. Jednak, mianowicie w starszych wysiękach, trudności odróżnienia limfocytów od zmienionych jąder śródbłonków lub odłamków jąder ciałek wielojądrzastych mogą być wielkie (Wolff 8, 45). W jaki sposób limfocyty wędrują, czy do wysięków dostają się wprost z naczyń (Anglade i Chocreaux 27), czy z pochewki okołonaczyniowej (Widal i Lemierre 56), lub bujają w samej błonie surowiczej, trudno rozstrzygnąć. Wobec tego jednak, że w ostatnich czasach autorowie dowodzą, iż limfocyty mają ruchy czynne, że przy oglądaniu ich w komorze ogrzanej z nieruchomych przechodzą w ruchome (Jolly 54, Maurel 44), prawdopodobnem jest przedostawanie się czynne limfocytów do ognisk zapalnych, choć niewątpliwie bez porównania wolniejsze, niż odpowiednie przedostawanie się ciałek wielojądrzastych.

Śródbłonki identyczne co do istoty z komórkami tkanki łącznej pochodzą z powierzchni błony surowiczej. W stanie pierwotnym nieczynnym pozostają one w płynach aseptycznych. W pewnych wysiękach septycznych, n. p. w wysięku pneumokokowym, gośćcowym, występują one czynnie jako makrofagi, pochłaniając ciałka wielojądrzaste, ciałka czerwone krwi i wtedy zaciera się różnica z wielkiemi, jednojądrzastemi komórkami krwi (Widal, Ravaut i Dopter 58). Podobnie mogą się one zachowywać, jak to widzieliśmy, po krwotokach.

Zapatrywania.

Wydawało mi się korzystnem odłożenie na koniec omówienia zapatrywań autorów co do wniosków, do jakich uprawniają dane cytologiczne, a to dlatego, żeby módz przy omawianiu korzystać z nagromadzonego materyału przedmiotowego.

Korczyński i Wernicki (1) uważali wzór limfocytowy bez względu na obecność lub nieobecność drobnoustrojów za cechę właściwych surowiczych wypocin zapalnych. Sądzili oni, że w tych przypadkach należy korzystniej rokować, aniżeli przy wzorze wielojądrzastym. Wobec tego

że, jak obecnie wiemy, takie surowicze wysięki opłucnej i otrzewnej mają z reguły tło gruźlicze, lub przy innem tle łączyć się mogą z ciężkim stanem posoczniczym, na wniosek ten trudno się zgodzić bez zastrzeżeń. Przy zapaleniu opłucnej np. korzystniejszem będzie zapalenie pneumokokowe z wzorem wielojądrzastym, choćby nawet przyszło następnie do zropienia wysięku, aniżeli zapalenie na tle gruźliczem z wzorem limfocytowym. W zapaleniu opon zapalenie meningokokowe, choć często prowadzi do ropnego wysięku, jest korzystniejsze od bezwarunkowo śmiertelnego gruźliczego, które jednak ma wzór limfocytowy. Wypociny z wzorem wielojądrzastym mają według Korczyńskiego i Wernickiego „albo dążność do przejścia w dalszym ciągu w ropienie, albo też są przyrody rakowej". W drugim przypadku wypocina często ma być podobną do mlecza i zawiera znaczną przymieszkę mniej lub więcej zmienionych, występujących częściowo w płatkach śródbłonków (wzór zatem mieszany). Wzór więc wielojądrzasty czysty byłby objawem, że wypocina o wejrzeniu surowiczem ma przejść w ropną. I ten wniosek nie zgadza się ze stwierdzonymi faktami. Tak często przecież w zapaleniach meningokokowych, pneumokokowych, wywołanych środkami chemicznymi, nie przychodzi mimo wzoru wielojądrzastego do zropienia wypociny.

Widal i Ravaut (6) na podstawie swoich spostrzeżeń doszli do wniosku, że każde cierpienie ma stały wzór cytologiczny, dający się wprost zużytkować do rozpoznania. I tak zdawało im się, że stały niezmienny wzór mają wysięki gruźlicze, pneumokokowe, durowe, przesięki chorych sercowych, lub nerkowych. Widal (38) w odpowiedzi na mój artykuł (35) wystąpił też ostro przeciw twierdzeniu, że tylko wysięki prawdziwie surowicze mają wzór limfocytowy.

„Il est clair, que si tous les épanchements purement séreux et devant rester tels présentaient tous, qu'elle que soit leur nature, la même formule cellulaire, le cytodiagnostic n'existerait pas. Cette méthode, que j'ai proposée avec M. Ravaut pour l'étude des épanchements séreux est basée précisement sur ce fait, que la formule cellulaire varie suivant la nature d'une pleurésie séro-fibrineuse."

Tymczasem, jak o tem świadczy wymownie powyższe zestawienie, od reguł cytodyagnostycznych, podanych przez Widala, tyle się już nazbierało wyjątków, że twierdzenie, jakoby wzór zależał jedynie od przyrody zapalenia, musi upaść. Dlatego i cytodyagnostyka w zrozumieniu Widala traci podstawę bytu. To też nie używam tego wyrażenia, a mówię tylko o cytologii płynów.

Concetti (60) wystąpił z twierdzeniem, że wzór wielojądrzasty występuje w tych wysiękach, w których można wykazać w płynie badanym drobnoustroje, n. p. ropne lub gruźlicze. W innych przypadkach miałby być wzór limfocytowy. I to zapatrywanie nie da się utrzymać. Można napotkać przypadki zapalenia gruźliczego opon z prątkami, dającymi się stwierdzić drobnowidowo (10), przypadki zapalenia gronkowcowego opłucnej i t. p. z wzorem limfocytowym i przeciwnie zapalenia kiłowe, wściekliznowe opon z wzorem wielojądrzastym, a bez drobnoustrojów, dających się stwierdzić mikroskopowo lub hodowlami.

Także zapatrywanie Briona (86), że limfocytoza jest objawem zapalenia przewlekłego, a polinukleoza ostrego, zbyt ma wiele wyjątków. Wystarczy przytoczyć limfocytozę przy półpaścu, przy doświadczalnem zapaleniu opłucnej, wywołanem jadem błoniczym, w moim przypadku gronkowcowego zapalenia opłucnej, polinukleozę zaś w pewnych przypadkach porażenia postępującego i zapaleń gruźliczych.

To też sądzę i obecnie, że jedynem dopuszczalnem stanowiskiem jest zajęte przezemnie w moich poprzednich doniesieniach (48) stanowisko, zgodne z dawno przyjętemi zapatrywaniami anatomopatologów i niczego nie przesądzające. Chodzi o uznanie, do pewnego stopnia dowolne, że zapalenie, w którem powstaje wysięk ze wzorem wielojądrzastym, należy uważać bez wyjątku za ropienie, wysięk bowiem tylko ilością surowicy różni się od ropy. Właściwe surowicze wysięki miałyby w takim razie zawsze wzór limfocytowy i tylko w razie stwierdzenia tego wzoru bylibyśmy w prawie mówić o zapaleniu surowiczem.

Stwierdzenie obecności ropienia nie uprawnia, jak widzieliśmy, do wniosku prognostycznego, że wypocina, jeżeli dotychczas ma wejrzenie surowicze, ulegnie zropieniu, sprawa bowiem może się na każdym stopniu zatrzymać, lub zacząć cofać.

Ropienie, czyli gromadzenie się w ognisku zapalnem ciałek wielojądrzastych, polega według obecnych pojęć na tem, że czynnik, wywołujący zapalenie (lub zmiany, jakie tenże wywołał w tkance), wywiera zapomocą wchodzących w rozczyn ciał chemicznych na wielojądrzaste ciałka krwi, obdarzone czynnymi ruchami amebowatymi, wpływ przyciągający, czyli, jak się wyrażamy, chemotaktycznie dodatni. W przeciwnym razie, przy chemotaksie ujemnej, ropienie powstać nie może i powstaje zapalenie surowicze. Przyjście do skutku ropienia zależy zatem od wzajemnego stosunku dwóch czynników, z jednej strony od zachowania się czynnika wywołującego zapalenie, z drugiej strony od oddziaływania na jego wpływy ciałek wielojądrzastych. Oba te czynniki przy tej samej przyrodzie zapalenia są zmienne, tem samem i wzór cytologiczny nie może być zawsze równy. Jeżeli weźmiemy za przykład jeden z drobnoustrojów ropotwórczych: gronkowca, to ten w zwykłych warunkach wywoła ropienie; w stanie jednak jadowitszym, albo w ustroju wyjątkowo mało odpornym, może wywierać na ciałka krwi wielojądrzaste wpływ odpychający. Powstaje zapalenie surowicze, jednak z ciężkiem posoczniczem schorzeniem całego ustroju, jak to miało miejsce w opisanym przezemnie przypadku zapalenia opłucnej (10, 48). Ale i poszczególne ciałka białe okazują niewątpliwie indywidualne różnice w zachowaniu się względem tychsamych jadów. I tak w jednym przypadku zapalenia gruźliczego opon na samym początku choroby, na 18 dni przed śmiercią, znalazłem w płynie mózgowordzeniowym limfocyty ze znaczną przymieszką ciałek wielojądrzastych (64·5:35·5). Poszukiwanie prątków gruźliczych wykazało w całym preparacie tylko dwa prątki gruźlicze wolne, a jedno ciałko wielojądrzaste, nadziane wprost prątkami gruźliczymi w liczbie około 25, — inne ciałka niezakażone. Musimy przyjąć, że prątki gruźlicze właśnie na to ciałko musiały wywierać wpływ chemotaktyczny dodatni, szczególniej potężny, a ciałko musiało mieć zdolność fagocytarną szczególnie rozwiniętą, jeżeli mogło zebrać z płynu ubogiego w prątki ilość tak pokaźną.

Wzór ropny widzimy jednak nietylko w sprawach, wywołanych przez drobnoustroje. Można go stwierdzić w chemicznem podrażnieniu błony surowiczej, albo skutkiem wpływu chemotaktycznego środka chemicznego na

ciałka białe, albo skutkiem zmian, które środek sprowadził w tkankach dotkniętych. Polinukleozę przy udarze upalnym należy tłómaczyć zmianami, wywołanemi w tkankach przez krążące jady. Zmiany nekrobiotyczne w ogniskach gruźliczych, kiłowych, zatorowych, w szybko rosnących nowotworach są, zdaje się, same przez się w stanie sprowadzić ropienie w obwodzie i zapalenie z wzorem wielojądrzastym dotkniętej błony surowiczej. Podobnie zachowują się zmiany, wywołane w tkance promieniami Roentgena, lub w wyższym jeszcze stopniu, promieniami słonecznymi po uczuleniu tkanki erytrozyną (Neisser i Halberstaedter 100)

Ciałka białe wielojądrzaste są w pojęciu Miecznikowa mikrofagami, a ich przeznaczeniem jest usuwanie drobnoustrojów, które wtargnęły do ustroju, lub co najwyżej szczątków, powstałych po rozpadzie komórek. Usuwanie całych składników komórkowych, np. ciałek krwi, ciałek ropnych, jest zadaniem makrofagów; jako takie funkcyonują śródbłonki, względnie wielkie jednojądrzaste ciałka krwi. Toteż łatwe do zrozumienia jest ich pojawianie się po krwotokach i przy lub po pewnych zapaleniach.

Znaczenie wzorów.

Endotelioza oznacza (co do tego nie ma różnic w zapatrywaniach) odczyn na podrażnienie mechaniczne (przesięki u chorych sercowych, nerkowych; podrażnienie mechaniczne przez wzrost nowotworu, przez czynniki urazowe).

Mononukleoza wskazywałaby, że w błonie surowiczej znachodziły się składniki komórkowe, w danych warunkach obce, np. ciałka czerwone, ciałka ropne, których na drodze makrofagocytozy ustrój starał się pozbyć.

Erytrocytoza oznacza sprawy krwotoczne: albo krwotoki skutkiem przerwania naczynia, albo (wzór mieszany z następnymi) przepacanie się ciałek skutkiem zmian zapalnych w ścianach.

Limfocytoza i polinukleoza oznaczają sprawy zapalne, pierwsza surowiczą, druga ropną. Wzór limfocytowy możnaby nazwać wzorem surowiczym, wielojądrzasty — ropnym.

Wartość badania cytologicznego.

Badanie cytologiczne pozwala nam wglądnąć w jakość sprawy, która się toczy na błonie surowiczej, drogą pewnego rodzaju biopsyi, t. j. przeprowadzonej za życia częściowej autopsyi komórek. Przedewszystkiem pozwala ono niejednokrotnie rozstrzygnąć, czy w błonie surowiczej toczy się wogóle jaka sprawa chorobowa. To może być n. p. wyzyskanem — obok innych szczegółów badania płynu mózgowordzeniowego — dla wykazania obecności ostrych zapaleń mózgowordzeniowych, w odróżnieniu od zbioru objawów mózgowych, towarzyszącego chorobom zakaźnym ostrym, dla wykazania zapalenia gruźliczego w odróżnieniu od zaburzeń kiszkowych z zatruciem i objawami mózgowymi, dla wykazania wiądu rdzenia, lub porażenia postępującego w odróżnieniu od nerwic i t. d.

Ze wzoru jednak cytologicznego, względnie z toczącej się sprawy patologicznej, którą w ten sposób stwierdzamy, lub kombinacyi takich spraw, niepodobna wyprowadzać wniosków bezwzględnie obowiązujących, ani dla rokowania, ani dla rozpoznania przyrody etyologicznej cierpienia. Przytym samym czynniku wywołującym, sprawa może się w dalszym przebiegu zmienić: ropienie może przejść w zapalenie surowicze, n. p. w zapaleniu meningokokowem, lub przeciwnie, zapalenie surowicze w ropne, jak to spostrzega się czasem w gruźlicy. Ten sam czynnik chorobowy może też, działając w różnem natężeniu, lub w różnych warunkach, wywołać sprawy patologiczne różne, raz ropienie, drugi raz zapalenie surowicze (gruźlica, kiła, stafilokok, pneumokok); raz mechaniczne podrażnienie, drugi raz zapalenie surowicze, lub nawet zapalenie ropne (złośliwe nowotwory).

Mimo to doświadczenie uczy, że pewne czynniki przecież najczęściej wywołują przedewszystkiem pewnego rodzaju sprawy patologiczne. Jeżeli się przytem zważy, że n. p. przy limfocytozie opłucnowej lub otrzewnowej sprawa w ogromnej większości przypadków polega na tle gruźliczem (podobnie co do opon, jeżeli się wykluczy sprawy kilowe), a inne przyczyny, zdolne do wywołania zapalenia surowiczego, liczbowo schodzą na plan dalszy, to stwierdzeniu wzoru limfocytowego nie można odmówić znaczenia rozpoznawczego, jako środkowi pomocniczemu. Jednak nie wyklucza on z zupełną stanowczością innych spraw, n. p. przesiękowych, spraw zapalnych na tle zakażenia pneumokokowego, gronkowcowego, grypowego, a nie wyklucza nawet i tła nowotworowego. W zapaleniu opon mózgowordzeniowych będzie wzór ten przemawiał także za sprawą gruźliczą, lub w innych warunkach kiłową. Wzór wielojądrzasty jednakże wcale tych spraw nie wyklucza i może tylko wtedy znowu wskazywać na obecność rozleglejszych ognisk gruźliczych, lub kilakowych ze zmianami martwinowemi. Przymieszka śródbłonków, a szczególniej płatków śródbłonkowych, ma przemawiać przeciw sprawie gruźliczej.

Wzór wielojądrzasty przemawia w każdym razie raczej za sprawami, wywołanemi drobnoustrojami ropotwórczymi, lub do nich zbliżonymi (gronkowiec, pneumokok, gonokok, prątek durowy), za zapaleniem gośćcowem, wścieklizną, udarem upalnym. Zdarzyć się on może i przy nonowotworach. W przypadkach przesięku może przemawiać za zawałem w płucu. Pewne szczegóły drugorzędne wskazywałyby na pewną ściślej oznaczoną przyrodę. I tak obecność śródbłonków jako makrofagów wskazywałaby na zapalenie pneumokokowe, lub gośćcowe.

Wnioski, wyprowadzone z badania cytologicznego, posiadają więc dla rozpoznania przyrody cierpienia w różnych warunkach wartość różną, ale zawsze tylko względną. Dlatego obok tego badania należy wyczerpać wszystkie inne dostępne sposoby zbadania płynu otrzymanego, aby skupić o ile możności najobfitszy i najbardziej wszechstronny materyał, na którym się mamy oprzeć przy rozpoznaniu, a to tembardziej, że niektóre z tych sposobów, n. p. badanie bakteryologiczne, mogą dać wyniki wprost rozstrzygające. W przypadkach, gdy badanie bakteryologiczne może szybko doprowadzić do wyniku dodatniego, nikt nie będzie się opierał jedynie na wzorze cytologicznym dla rozpoznania przyrody cierpienia. Cytologia wchodzi w swe prawa tam, gdzie badanie bakteryologiczne nie daje żadnego wyniku, lub gdzie na wynik trzeba czekać długo, jak n. p. przy szczepieniu płynu śwince morskiej dla stwierdzenia gruźlicy, cytologia bowiem ma tę zaletę, że daje wyniki natychmiastowe. W każdym razie, nawet wtedy, gdy nie daje wyjaśnienia co do przyrody cierpienia, będzie ona miała dla klinicysty

wartość już przez to samo, że może posłużyć do ścisłego stwierdzenia jakości sprawy, toczącej się w zajętej błonie surowiczej.

Piśmiennictwo (chronologicznie): 1. Przegląd lekar. 1896. Nr. 17 i 18. — 2. Kronika lek. 1896. Nr. 12 i Referat w Virchow Hirsch. Jahresbericht 1896. — 3 Archives of Pediatrics 1896 przytocz. Bernheim i Moser (4). — 4 Wien. klin. Wochenschrift 1897, str. 468. — 5. Jahrbuch f. Kinderh. 1899. Bd 49. S. 274. — 6. Biol. 30. VI. 1900. — 7. XIII Congrès internat. de médicin. Paris 6. VIII. 1900. — 8. Ztsch. f. klin Medizin 1900. Bd. 42. S. 390. — 9. Biol. 13. X. 1900 i La Presse med. 1900. II. S. 123. — 10. Towarzystwo lek. krak. 7. XI. 1900, tosamo: Przegl. lekar. 1900. Nr. 48—52, tosamo: Jahrb. f Kinderh. 1902. Bd 55 S. 266. — 11 Hôp. 7. XII 1900. — 12. Biol. 22. XII 1900. — 13. Biol 5. I. 1901. — 14. Hôp. 18. I. 1901. — 15. Biol. 16. II. 1901. — 16. Hôp. 15. III 1901 — 17. Biol. 23 III. 1901 — 18. La Presse méd. 1901. I. S 190. — 19. Hôp. 29. III 1901. — 20. Hôp. 19. IV. 1901 — 21. Hôp. 3. V. 1901 — 22. Hôp. 24 V 1901. — 23. Hôp. 7. VI. 1901. — 24. Hôp. 21. VI. 1901. — 25. Biol. 22. VI. 1901. — 26 Hôp. 28. VI 1901. — 27. Neurol. 4. VII. 1901. — 28. Hôp. 5. VII. 1901. — 29. Biol. 6. VII. 1901. — 30. Hôp. 12 VII. 1901 — 31. Hôp. 20. VII. 1901. — 32. Hôp 26. VII. 1901. — 33 Congrès britanique de la tuberculose. Ref. w La Presse méd. 1901. Nr. 69. — 34 Hôp. 11. VIII. 1901. — 35. La Presse méd. 1901. Nr. 66. — 36. Berlin. klin. Woch. 1901 Nr. 34. — 37. Arch. génér. de médecine IX. 1901. Ref. La semaine méd. 1901. Nr. 46. — 38. La Presse méd. 1901. Nr. 80. — 39. Dtsch. med. Woch 1901 Nr. 43 — 40. Chirurg. 4. XII. 1901. — 41. Thèse. Paris 1901. Ref La Presse med. 1902. Nr. 30. — 42 Deutsch. med. Woch 1902. — 43. Biol. 11. I 1902. — 44. Hôp. 17. I. 1902. — 45. Berl. kl. Woch. 1902. S. 115. — 46. Münch. med. Woch. 1902. S. 226. — 47. Hôp. 14. II. 1902. — 48. Pédiatrie II. 1002. — 49. Hôp 21. II. 1902. — 50. Pédiatr. 15. IV 1902. — 51. Biol. 10. V. 1902. — 52 Anatom. 23 V. 1902 — 53. Anatom. 30. V. 1902. — 54. Biol. 7. VI 1902. — 55. Biol. 21. VI. 1902. — 56. Hôp. 4. VII. 1902. — 57. Biol. 5. VII. 1902. — 58. Biol 19. VII. 1902 — 59. Arch. génér. de médecine VIII. 1902. — 60. Riforma med 1902. Nr. 13. Ref. Revue mens. des maladie de l'enfance 1903. I. — 61. Hôp. 21. XI. 1902. — 62. Hôp. 28. XI. 1902. — 63. Thèse Paris 1902. Ref. La Presse méd. 1902 Nr. 98 — 64. Hôp. 5. XII. 1902 — 65. Hôp. 26. XII. 1902. — 66. La Presse méd. 1902. S. 1179. — 67 Le liquide céph. rach. Paris 1902. Ref. La Presse méd. 1903. Nr. 1. — 68. Hôp. 9. I. 1903. — 69. Biol. 10. I. 1903. — 70. Neurol. 5 II. 1903. — 71. Neurol. 5. III. 1903. — 72. Revue mens. des mal. de l'enfance 1903. III — 73. Neurol. 2. IV. 1903. — 74. Revue mens. des mal. de l'enf. 1903. IV. — 75. Dermat. 20. IV. 1903. — 76. Anatom. 8. V. 1903. — 77 Hôp. 15. V. 1903. — 78. La Presse médicale 1903. Nr. 44. — 79. La Presse médic. 1903. Nr. 46. — 80. Hôp. 12 VI. 1903. — 81. La Presse méd. 1903. Nr. 50 — 82 Neurol. 2. VII. 1903. — 83. Biol. 4. VII. 1903. — 84. Biol. 11. VII. 1903. — 85. Revue mens. des mal. de l'enfance 1903. VIII — 86. Centralbl. f. allg. Pathol u. path. Anat. 1903 Nr. 15. — 87. Thèse. Paris 1903. Ref. La Presse méd. 1903. Nr. 80 — 88. Hôp. 9. X. 1903. — 89. Hôp. 16. X. 1903. — 90. Hôp. 23 X. 1903. — 91 Biol. 7. XI. 1903. — 92. Biol. 21. XI. 1903. — 93 Przegl. lek. 1903. Nr. 48. — 94. Neurol. 3. XII. 1903. — 95. Hôp. 4. XII. 1903. — 96. La Presse med. 1903. Nr. 101. — 97. Verein f. klin. Medizin (Berlin). 21. XII. 1903. — 98 Neurol. 7. I. 1904. — 99. Anatom 12. II 1904. — 100. Deutsch. med. Woch. 1904. Nr. 8. — 101. Hôp. 11. III. 1904. — 102. Hôp. 15. IV 1904. — 103. Biol. 23. IV. 1904. — 104. Neurol. 5. V. 1904. — 105. Hôp. 6. V. 1904.

Skrócenia:

Biol.: Société de Biologie.
Hôp.: Société médicale des Hôpitaux de Paris.
Neurol.: Société de Neurologie.
Pédiatr.: Société de Pédiatrie de Paris.
Anatom.: Société anatomique.
Dermat.: Société française de dermatologie et de syphiligrafie.

Sprawozdania we własnych biuletynach, albo w La Presse médicale.

III. Wyciągi.

Rozprawy nad wykładem Prof. Jacoba „O wlewaniach płucnych" w Towarzystwie medycyny wewnętrznej w Berlinie. *(Deutsche mediz. Wochenschrift* 1904 Nr. 31 i 32). Nad głośnym odczytem prof. Jacoba o wlewaniach płucnych (Sprawozdanie w „Przeglądzie lekarskim" Nr. 32) rozwinęły się na posiedzeniu towarzystwa medycyny wewnętrznej w Berlinie w d. 4 lipca b. r. bardzo obszerne rozprawy, które na całą tę sprawę rzuciły zgoła odmienne światło i które są koniecznem uzupełnieniem pracy Jacoba; dlatego też należy rozprawy te bodaj w części streścić. Pierwszy zabrał głos w rozprawach Oestreich. Zapytał on mianowicie prelegenta, czy też ma oprócz wymienionych krótko przypadków wyleczenia gruźlicy u ludzi także przypadki, które śmiertelnie się skończyły i były sekcyonowane, by z tego można nabrać wyobrażenia o zmianach, zaszłych w płucach u suchotników, leczonych zapomocą wlewań. Oestreich występuje też przeciw twierdzeniu, jakoby tkanka granulacyjna i wytwarzanie się tkanki łącznej naokoło ognisk gruźliczych były wyłącznie wynikiem tego sposobu leczenia. Takie zmiany mogą powstać także i samoistnie; wogóle znaną jest rzeczą, że sprawa gruźlicza przebiegać może pod tak rozmaitemi postaciami, że trudno orzec, co należy położyć na karb leczenia.

Krytykę rzeczową, przytem wprost druzgocącą, wypowiedział prosektor Westenhoeffer. Przypomniał on, że już Schüller w r. 1877 wlewał większe ilości płynów królikom do oskrzeli bez żadnej szkody. Wspominając o spostrzeżeniach Bongerta, że tuberkulina działa zabójczo na prątki gruźlicze, przyznaje W. wprawdzie, że fakt ten nawet Kochowi nie był znany, nie jest jednak wyłączonem, że gliceryna zawarta w tuberkulinie (do 50%), niemało przyczynia się do tego wyniku. Co do wyboru materyału do doświadczeń przedwstępnych, to zdaniem W., krowy najmniej może do tego celu się nadają. U nich bowiem gruźlica przebiega bardzo powoli i łatwo samoistnie się leczy przez wytwarzanie się tkanki łącznej lub zwapnienie, który to fakt, znany już Virchowowi, właśnie skłonił Virchowa do ścisłego odróżnienia gruźlicy ludzkiej od zwierzęcej. Co się zaś tyczy samych wyników leczenia wlewaniami do płuc, to jeszcze pytanie, czy wlewań tych niemożnaby zastąpić przez wstrzyknięcie podskórne, nikt bowiem tego dotychczas nie próbował. — Sekcya krów nie wykazała nigdzie wstrzymania się sprawy gruźliczej, owszem protokoły sekcyjne mówią nawet o rozsianej gruźlicy prosówkowej świeżej i o świeżych ogniskach zapalnych.

Stosowanie tuberkuliny do wlewań płucnych celem ustalenia rozpoznania miejscowego, na co Jacob szczególną zwraca uwagę, nie jest także rzeczą nową. Takie samo wyniki otrzymali dawniej Kapralik i Schrötter, stosując tylko wziewanie tuberkuliny.

W. zarzuca wprost Jacobowi, że wcale nie wspomniał o jednym śmiertelnym przypadku gruźlicy, leczonym wlewaniami. U chorej tej, 24-letniej dziewczyny, wykonano 6 wlewań płucnych, a ostatnie trzy przez umyślnie w tym celu założoną ranę tracheotomijną. Tracheotomia ta nie była wskazaną, gdyż nie było żadnych zmian w krtani. Protokół sekcyjny opisuje następujące zmiany w płucach: mniejsze i większe jamy w płatach górnych, w całych prawie płucach jednostajne zwątrobienie serowate i liczne świeże ogniska zapalne. Ten wynik wlewań tuberkuliny wprost do płuc przypomina najzupełniej obrazy sekcyjne płuc w czasie, gdy stosowano tuberkulinę na wielką skalę podskórnie (w r. 1891). Zauważono bowiem wówczas w płucach powstawanie mnogich ognisk nieżytowych zapalnych, które jednakże później ulegały zserowaceniu i rozmiękały, a Virchow wówczas radził stosować tuberkulinę u tych tylko osobników, które mają dość siły, aby te ogniska rozmiękające, powstałe jako odczyn na wstrzyknięcie tuberkuliny zupełnie wykrztusić, inaczej bowiem ogniska takie przyczyniają się tylko do dalszego mnożenia się ognisk gruźliczych. Otóż Jacob, wiedząc o tym szkodliwym wpływie tuberkuliny, wstrzykiwanej podskórnie, nie powinien był używać jej do wlewań, które działając wprost na miąższ płucny, większe jeszcze muszą sprawiać szkody i to uważa W. za najcięższy zarzut, jaki można uczynić doświadczeniom Jacoba.

Litten wziął udział w rozprawach głównie ze stanowiska klinicznego. Przedewszystkiem udowadnia L., że ilość 30 gr., wlewanych do płuc, jest za małą, aby mogła istotnie zadziałać na tak wielki obszar, jaki płuca stanowią. Litten zarzuca Jacobowi, że nie wykonywał przy doświadczeniach na krowach równocześnie doświadczeń porównawczych, w którychby tylko wstrzykiwał tuberkulinę podskórnie. Dobrym wynikom, otrzymanym wrzekomo u ludzi zapomocą wlewań, nie dziwi się L. wcale. Jeżeli bowiem chorym, którzy zimę przebyli wśród bardzo złych warunków życiowych, damy na wiosnę i świeże powietrze i dobre pożywienie, to wówczas napewno stwierdzimy przyrost wagi ciała i lepsze ich wyglądanie. Wyrok ostateczny moglibyśmy wydać dopiero wtedy, gdybyśmy zobaczyli chorych tych po roku i stwierdzili, że to polepszenie zdrowia trwa i nadal. Przy końcu podnosi Litten, że wziewania oddają te same usługi, co wlewania.

Przeciw używaniu osobnych cewników do wlewań występuje Klemperer. Twierdzi on, że zwykłą strzykawką krtaniową można wlać i większe ilości do płuc, a na dowód tego przytacza cały szereg autorów, którzy te wlewania śródkrtaniowe lub śródtchawiczne wykonywali, o których to autorach z wyjątkiem Mendla (Paryż) Jacob ani słowem nie wspomina. Autorami tymi są: R. Botey (Barcelona 1890), nasz laryngolog warszawski T. Heryng (1894), następnie Masini, Walter Downie, Bronner, Barton (1896), Thompson (1901), Anderson i Mendel (1899), Wszyscy ci stosowali wlewania te (zapomocą strzykawek krtaniowych) w rozmaitych chorobach, a głównie w gruźlicy, zachwalali swoje sposoby z początku, a później jakoś wszyscy pomilkli, dowód, że tą drogą gruźlicy nie możemy wyleczyć.

Salomon poddaje ostrej krytyce wyniki leczenia Jacoba, udowadnia, że równały się one prawie zeru. Przecież, powiada S., z pięciu przypadków nie możemy nic wnosić o wartości sposobu leczenia. Zwraca wreszcie S. uwagę na szczegół, przez innych mowców jeszcze nie podniesiony. W opisie techniki wlewań płucnych nie radzi Rosenberg stosować wlewań tych u suchotników, skłonnych do krwotoków, przy znieczuleniu bowiem błon śluzowych następuje bardzo silny kaszel odruchowy. A czyż, — zapytuje S. — istnieją wogóle suchotnicy, nie skłonni do krwawień?

Levy nie może sobie wyobrazić, w jaki sposób tak małe ilości tuberkuliny, wlewanej do płuc, mogą leczniczo działać. Z liczb, podanych przez prof. Rosenberga, wynikałoby, że 0·1 cm³ działa na płuco, ale przecież wobec obszaru płuc jest to conajmniej wątpliwem.

Max Wolf dziwi się, że Jacob na podstawie zaledwo pięciu przypadków uważa swój sposób leczenia za dobry. Dopiero długoletnie śledzenie wyników pozwoli wysnuwać pewniejsze wnioski. Wyniki, stwierdzone u zwierząt, zdaniem Wolfa wprost przemawiają przeciw wlewaniom. Bujanie łączno-tkankowe naokoło ognisk gruźliczych zdarza się i u krów nieleczonych, a co się tyczy ludzi, to Wolf może każdej chwili okazać jamy gruźlicze, otoczone taką warstwą tkanki bliznowatej i to u osobników, nie leczonych wcale lub tylko objawowo. Wolf oświadcza w końcu, że swoim chorym jaknajusilniej odradzać będzie leczenie się wlewaniami płucnymi.

Schroetter broni swego sposobu wziewania do płuc (praca ogłoszona w *Wiener kl. Wochensch.* Nr. 21 i 22) i twierdzi, że chociaż doświadczeń swych jeszcze nie ukończył, to jednak już jest pewne, że ilość tuberkuliny, potrzebnej przy wziewaniach do wywołania odczynu jest większą, aniżeli ilość, używana do wstrzykiwań. Ważnym jednak warunkiem jest, aby chorzy wdychiwali jak najdelikatniej rozpyloną tuberkulinę.

Bongert przeciwstawia zarzutom, podniesionym w rozprawach, szczegóły, które dla niego są rozstrzygające, a mianowicie, że u wszystkich krów, leczonych sposobem Jacoba, ogniska wyleczone widać w dolnych i tylnych częściach płuc, a więc tam, gdzie lek bezpośrednio mógł działać, że wyraźną jest ścisła granica między temi ogniskami, a ogniskami gruźliczemi niegojącemi się, znajdującemi się w wyższych częściach płuc, do których tuberkulina dostać się nie mogła, że wreszcie w tym czasie oglądnął tysiące płuc krów gruźliczych i nigdzie tak wyraźnego odgraniczenia nie widział.

Na zakończenie rozpraw zabiera głos Jacob. Przeciw wątpliwościom co do leczniczej wartości tuberkuliny, które wyraziło kilku mowców, przytacza Jacob to, że wielu wybitnych klinicystów, jak Möller, Leyden, Fraenkel i t. d. używa tuberkuliny w celach leczniczych. Bardzo ostro, zarzucając mu wprost złą wolę, zwraca się J. przeciw Westenhoefferowi, który przytoczył protokół sekcyjny chorej, leczonej wlewaniami płucnemi ze skutkiem, zdaniem Westenhoeffera, wprost szkodliwym. J. twierdzi, że chora ta była straconą już wtedy, gdy zaczęto u niej stosować wlewania, a tracheotomię wykonano u niej tylko dlatego, że wystąpił nagle obrzęk głośni, grożący wprost uduszeniem. Jacob nie zarzuca wziewaniom, wykonanym przez Schroettera i Kapralika, szkodliwego działania, ale jest przekonany, że większą część cząsteczek płynu rozpylonego pochłaniają błony śluzowe górnego odcinka dróg oddechowych; na dowód tego przytacza spostrzeżenie jakiegoś dentysty berlińskiego, który swoim chorym dawał rozmaite płyny do płukania ust, a ślady płynów mógł później wykazać w moczu, skąd wnosił, że nawet błona śluzowa jamy ustnej silnie wchłania płyny. Na inne zarzuty nie odpowiada J. „z powodu spóźnionej pory“, odsyła więc do swojej monografii, która wkrótce się pojawi i w której postara się zbić wszystkie zarzuty, uczynione wlewaniom.

Wywody Jacoba nie zyskały u zebranych żadnego uznania. Dla faktycznego sprostowania przemawia jeszcze Westenhoeffer zastrzegając się najsolenniej przeciw podsuwaniu mu jakichś ukrytych zamiarów. O śmierci owej chorej, u której stosowano wlewania płucne, powinien był oznajmić sam Jacob, a nie prosektor. W. odczytuje historyę choroby, z której wynika, że u tej chorej zaczęto wlewania do płuc na $1^1/_2$ miesiąca przed śmiercią, a nie 14 dni, jak Jacob twierdzi, i że po wlewaniach zawsze stan chorej się pogarszał, a polepszał się, gdy je przerywano. W. stwierdza, że obraz sekcyjny u tej chorej, leczonej wlewaniami tuberkuliny do płuc, bardzo był podobny do sekcyi owych przypadków, w których wstrzykiwano tuberkulinę podskórnie w celach leczniczych. W. uważał za swój obowiązek wspomnieć o niepomyślnym wyniku właśnie dlatego, że Jacob wymienił tylko pomyślnie przebiegające przypadki, a o tym jednym niepomyślnym przemilczał.

Dr. M. Selzer (Lwów).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 4 grudnia 1903 r.

Przewodniczy kol. Łukasiewicz.
Obecnych członków 44.

I. Kol. Wiczkowski omawia przypadek „lymphaemii“ ostrej. Obraz kliniczny wobec braku obrzęku gruczołów z jednoczesnem rozpulchnieniem i krwawieniem błony śluzowej dziąseł, naprowadzał na myśl gnilca (skorbutu). Badanie krwi rozstrzygnęło rozpoznanie. Prelegent zwraca uwagę 1) na powstawanie we krwi składników, których zazwyczaj nie ma; 2) na ich odmienny stosunek jakościowy (w tym przypadku na 70% leukocytów 30% leukocytów wielojądrzastych). Badania w kierunku ropnicy dały wynik ujemny. Sekcya potwierdziła rozpoznanie.

Kol. Kučera przedstawia preparaty gruczołów z wyżej przytoczonego przypadku i objaśnia je.

Kol. Gluziński A. omawia ze względu na podobne do siebie objawami stany chorobowe: 1) białaczkę rzekomą; 2) gruźlicę gruczołów chłonnych i 3) »lymphosarcomatosis«.

W przypadkach tych rozstrzygającym jest skład krwi. Ze stanowiska anatomicznego podzielićby można tę grupę chorób na trzy działy: 1) o zmianach ograniczonych (gdzie zmiany nie przechodzą po za tkaninę gruczołu (białaczka rzekoma); 2) przechodzących po za granicę tkanki gruczołowej (»lymphosarcomatosis«); 3) częściowo przechodzących, a częściowo nie przechodzących po za granicę gruczołów.

Ze stanowiska leczniczego podzielić można na przypadki ostre i przewlekłe. Gruczoł albo 1) nie wytwarza do krwi, powiększając się zarazem; albo 2) wytwarza do krwi, powiększając się zarazem; albo 3) nie powiększa się, ale wytwory swoje wysyła.

Prelegent omawia na podstawie badań klinicznych różne zachowania się składu krwi w każdym poszczególnym przypadku, wyciągając stąd wnioski rozpoznawcze.

Kol. Reichenstein demonstruje preparaty krwi w mowie będących przypadków.

Kol. Selzer (Demonstracya chorej). W przypadku demonstrowanym badanie płynu otrzewnowego zapomocą metody Jousseta daje wynik dodatni, wskazując na sprawę gruźliczą otrzewnej. Cały obraz chorobowy przemawiałby za marskością wątroby pochodzenia sercowego, niezależnie od zmian otrzewnowych.

Dyskusya: Kol. Reichenstein przytacza 2 przypadki, w których badanie wysięków opłucnowych sposobem Jousseta w klinice chorób wewnętrznych dało wynik dodatni.

Kol. Gluziński A. odnosi wrażenie, że cały obraz chorobowy odpowiada *„polyserositis tbc.“*

Kol. Pisek jest tego samego zdania, tem więcej, że nie znajduje powiększenia śledziony odpowiednio do zmian marskości wątroby.

Zabierają głos koll.: Pisek, Gluziński, Wiczkowski, Merunowicz (*j*). *Dr. J. Świątkiewicz.*

Posiedzenie naukowe z dnia 18 grudnia 1903 r.

Przewodniczy kol. Łukasiewicz.
Obecnych członków 49.

I. Wybór Komisyi matki.

Wybrano w brzmieniu wniosku zarządu kolegów: Feuersteina, Hermana, Kučerę, Łukasiewicza, Macheka, Marsa, Meyera, Papéego, Radzikowskiego, Eljasza, Schramma, Schmitta, Świątkiewicza J., Wechslera, Zgórskiego, Ziembickiego.

II. Kol. Tatarczuch. *Radium-bromid*, jako środek leczniczy w chorobach skórnych. Prelegent opisuje zmiany, powstające na skórze pod wpływem radu. Zmiany te można podzielić na 3 stopnie: I. stopień — obrzmienie i zaczerwienienie; II. stopień — pęcherze; III. stopień — owrzodzenie. Rozporządzając bardzo niewielką ilością „radiumbromidu“, bo 0·005, wywoływał zmiany, wystawiając na działanie promieni w 2 przypadkach ogniska łuszczycy, w jednym przypadku zdrową skórę. Dochodzi do przekonania, że większą ilość radu można

zastąpić dłuższem naświetlaniem. Prelegent demonstruje przyrząd i płytę fotograficzną po naświetleniu.

W *dyskusyi* zabierają głos koledzy: Skałkowski i Leszczyński.

III. Kol. Rydygier A. przedstawia chorą, u której operowano gruczolaka sutka cięciem na granicy skóry sutka i klatki piersiowej od dołu. Tą drogą wydobyto gruczolak, a blizna jest zupełnie niewidoczna.

IV. Kol. Herman przedstawia kleszcze własnego pomysłu o odpowiedniem wygięciu, wykonane u Georgeona we Lwowie, które mogą zastąpić pomoc niezbędnego dotychczas asystenta przy zabiegu operacyjnym gastroenterostomii.

W *dyskusyi* zabierają głos koll.: Ziembicki i Wehr, radząc, by opisał i ogłosił szybko ten pomysł, który wielkie usługi oddać może przy tych operacyach.

IV. Kol. Hołobut: »Ośm przypadków tężca urazowego, leczonych wstrzykiwaniami zawiesiny mózgu w szpitalu św. Zofii« (rzecz przeznaczona do druku).

W *dyskusyi* zabierają głos koll.: Barącz, Rydygier, Radzikowski-Eljasz, Schramm, Gluziński A., Kučera, Hołobut.

Kol. Barącz radzi z wielką ostrożnością przyjmować znaczenie lecznicze surowicy, powołując się na przypadki niepomyślnie zakończone mimo wstrzykiwań.

Kol. Eljasz-Radzikowski oblicza odsetek śmiertelności przy leczeniu wstrzykiwaniami surowicy na 19%, podnosząc, że przy tem leczeniu mamy lepsze wyniki, niż przy wstrzykiwaniach antytoksyny przeciwtężcowej.

Kol. Schramm jest za nieporzucaniem leczenia wstrzykiwaniami wobec braku innych sposobów.

Kol. Gluziński A. w podostrych przypadkach tężca uważa za obowiązek lekarza wstrzykiwać zawiesinę, nie zaniedbując podawania pomocniczych środków, jak chloral, przyczem niemałą wagę przywiązuje do troskliwości i staranności, z jaką koło chorego chodzić się musi. Wstrzykiwać powinno się, bo: 1) wstrzykiwania bezwarunkowo nie szkodzą i 2) mamy cały szereg dobrych wyników.

Kol. Kučera uzasadnia twierdzenie, że wstrzykiwania antytoksyny powinny być prostszym i lepszym sposobem leczniczym wskutek łatwiejszego wessania, a tem samem szybszego i łatwiejszego działania. Czekać trzeba lepszych wyrobów antytoksyny.

Kol. Rydygier L. wyraża wdzięczność kol. Hołobutowi za bezstronne zestawienie i obserwacyę przedstawionych przypadków.

VI. Kol. Pręgowski. Przedstawienie przyrządu do wywoływania objawu dermograficznego. *Dr. J. Świątkiewicz*

Posiedzenie naukowe z dnia 8 stycznia 1904 r.

Przewodniczy kol. Łukasiewicz.

Obecnych członków 22.

I. Kol. Tatarczuch: »Leczenie wrzodów wenerycznych wodą utlenioną«. Prelegent w 24 przypadkach, leczonych ambulatoryjnie w poliklinice osiągnął dobre wyniki przez stosowanie na wrzody miękkie wody utlenionej 30% wyrobu Mercka. Jako zalety tego sposobu leczenia przytacza: 1) przyżeganie 30% wodą utlenioną sprawia choremu o wiele mniejszy ból, niż po stosowaniu kwasów i alkaliów żrących; 2) nie występuje dymienica; 3) wrzód oczyszcza się przeciętnie w przeciągu dni 14-tu; w jednym przypadku w ciągu dni 3. Wodę utlenioną przechowywać należy w małych flaszkach, szczelnie zamkniętych, gdyż przez samo otwarcie flaszeczki preparat ten rozkłada się. Również przy wrzodach żylakowych miał dobre wyniki.

W *dyskusyi* zabierają głos koll.: Wernicki i Łukasiewicz.

Kol. Łukasiewicz przypisuje działaniu przymoczki, której prelegent po przyżegnięciu używał, zapobieganie dymienicy. Przeciwnym jest zawsze opatrunkowi suchemu. Tworzy się wtedy strup, pod którym zatrzymuje się wydzielina ropna. Zupełnie dobre wyniki leczenia przy wrzodach miękkich daje stosowanie kwasu karbolowego czystego, płynnego na sam wrzód, z poleceniem choremu używania przymoczki z roztworu siarkanu miedziowego w stosunku 4 : 1000.

Kol. Leszczyński: »Barwienie i dyagnoza gonokoków« (metoda własna). W roku 1893 twierdził Weinrich, że nie posiadamy dość pewnych sposobów rozpoznawania gonokoków, że śródkomórkowe ich położenie, hodowle i odbarwianie się według Grama nie wystarczają częstokroć. Zdanie to i w obecnej chwili jest do pewnego stopnia słuszne. Kształt nerkowaty i położenie śródkomórkowe są bardzo cennemi cechami do rozpoznania, nie wystarczają jednak wobec tego, że wykazano cały szereg podobnych drobnoustrojów w wydzielinach dróg moczowych. Zakładanie hodowli, chociaż ulepszone i uproszczone, pozostaje zawsze jeszcze uciążliwem i niepewnem tak, że do codziennego użytku się nie nadaje. Co się zaś tyczy metod barwienia, to te w ostatnich 10 latach nie wielki postęp wykazują. Jak wiadomo, barwią się gonokoki łatwo wszystkimi zasadowymi barwikami anilinowymi, najlepiej, jak Bumm wykazał, fioletowymi, gorzej fuchsyną i błękitem metylenowym. Sposobów barwienia podano cały szereg; są to częścią barwienia monochromatyczne, częścią zaś metody, pomyślane według zasady Schlena, t. zn., że dążą zapomocą kombinacyi rozmaitych barwików do nadania gonokokom innej barwy, niż jądrom i protoplazmie komórek. W ten sposób łatwiej odnaleźć można nieliczne gonokoki. Nie różnią się jednak one barwą od innych bakteryi, bo wszystkie drobnoustroje są wtenczas jednakowo zabarwione. Do tego rodzaju metod należą ostatnie Pappenheima-Krzyształowicza (Methyl — zieleń i pyronina) i Wahla (Błękit metylenu, tionina, auramin).

Jedyną metodą różniczkową jest barwienie sposobem Grama. Wcześnie zauważono, że gonokoki odbarwiają się sposobem Grama, a Roux, Allen, Wendt, Finger podnosili wartość rozpoznawczą tej ich właściwości. Wkrótce jednak wykazali Steinschneider i Galewsky, że metoda ta nie jest bezwzględnie pewną, bo zgadza się tylko w 95% przypadków. Po nich inni jeszcze badacze znaleźli rozmaite diplokoki, które się odbarwiają Gramem tak, że wartość różniczkowa tej metody została obniżoną. Zaczęto pierwotny przepis wielokrotnie modyfikować i to zarówno w części barwiącej, jak i odbarwiającej. Ostatecznie Weinrich powrócił do oryginalnego sposobu i twierdzi, że jest on zupełnie pewnym pod względem różniczkowego rozpoznania, o ile do odbarwiania użyto tylko alkoholu absolutnego i starannie unikano zetknięcia preparatu z wodą. Że jednak mimo to metoda Grama nie posiada tak wielkiej wartości, jaką jej przypisują, okazuje się ze słów Pappenheima, który mówi: „Pod względem absolutnie pewnego zróżnicowania zawodzi sposób Grama zupełnie; co się zaś tyczy ułatwienia i wyszukiwania gonokoków, to już z założenia swego, nawet mimo kontrastowego zabarwienia, nie ma ta metoda żadnych zalet przed zwykłą, jednobarwną, a więc okazuje się znowu dość zbyteczną, względnie nie może sobie rościć prawa, jakoby była wyraźniejszą i na wyłączne rozprzestrzenienie zasługująca“. Tyle Pappenheim. Krótko mówiąc, jest to metoda uciążliwa, niepewna, i dlatego nie nadająca się do praktycznych celów.

Z pomiędzy metod jednobarwnych najpowszechniej używanem jest barwienie Löfflerowskim rozczynem błękitu metylenowego. Piękniejsze obrazy otrzymać jednak można, barwiąc wysyconym wodnym rozczynem tioniny. Używając tego rozczynu zauważyłem, że jeśli czas barwienia wynosi tylko kilka sekund, wtedy występuje pewna różnica między gonokokami a innemi bakteryami, a jeszcze większa naturalnie między jądrami, a protoplazmą ciałek ropy. Spostrzeżenie to było mi punktem wyjścia do obmyślenia metody barwienia, która się przedstawia jak następuje: Przedewszystkiem, chcąc otrzymać piękne obrazy, trzeba preparat odpowiednio sporządzić. Musi on być jaknajcieńszy. Podobnie, jak przy badaniu krwi, muszą ciałka ropy leżeć w jednej warstwie, nie przykrywając się i nie za gęsto obok siebie. Gęstą wydzielinę świeżej rzeżączki lub osad z centryfugowanego moczu najlepiej rozcieńczyć. Postępuję w ten sposób, że na szkiełko nakrywkowe daję kroplę wody, oczkiem platynowem przenoszę kroplę wydzieliny i mieszając rozprowadzam po całem szkiełku. Następnie preparat osuszam i zwykłym sposobem ustalam nad płomieniem. Z ropy rozkładającej się i z moczu oddanego więcej, niż przed 24 godzinami, nie można wogóle otrzymać dobrych preparatów. W ten sposób przygotowane preparaty:

1) Zanurza się na 60 sekund w rozczynie tioniny, sporządzonym według następującej recepty. *Rp. Thionini solutionis aquosae satur. 10 szcm., aquae destill. 88 szcm., acidi carbol. liq. 2 szcm.*

2) Następnie opłókuje się w wodzie i zanurza również na 60 sekund w rozczynie kwasu pikrynowego według wzoru: *Rp. Sol. aquos. satu., acidi picrici; sol. aquos. kali caustici 1 : 1000 aa*

3) W końcu nie opłókując, przenosi się je do alkoholu absolutnego na 5 sekund (!).

Preparaty należy opłókać z alkoholu w wodzie i osuszyć jak zwykle. Osuszony preparat zatapia się w balsamie kanadyjskim i ogląda pod silną imersyą. Całe tedy barwienie trwa nie więcej nad 3 minuty. W ten sposób barwione preparaty dają nam obraz nadzwyczajnej jasności i wyrazistości. Badając n. p. wydzielinę ze świeżej rzeżączki, otrzymamy obraz następujący: na jasnem tle leżą rozsiane ciałka ropy; ich protoplazma jest słomkowo do cytrynowo-żółta; jądra ich czerwono-fioletowe — wiśniowe. Przybłonki mają protoplazmę, zabarwioną na żółto w tym samym odcieniu, co ciałka ropy, ich jądra natomiast są nieco jaśniejsze. Gonokoki przedstawiają się jako czarne dwoinki o kształcie charakterystycznym i ostrych obrysach i odcinają się nadzwyczaj plastycznie od żółtego tła. Ta właśnie plastyczna bryłowata czarność jest charakterystyczną cechą gonokoków przy tem badaniu. Cały obraz wogóle wskutek jasności i znacznych przeciwieństw w barwach jest bardzo wyrazistym. Przeważna część innych bakteryi, znachodzących się w moczu, jest odbarwiona w mniejszym lub większym stopniu, t. zn. posiada barwę żółtawo-różową lub czerwoną. Jeden rodzaj diplokoków, cztery razy jednak większych od gonokoków, jak również niektóre prątki zachowują barwę fioletową. Dorównywują gonokokom w natężeniu czarnej barwy: a) drobne zakomórkowo położone mikrokoki; b) jeden rodzaj wielkich prątków; c) pewien gatunek krótkich grubych prątków, które zachowują na obu końcach czarną barwę, podczas gdy reszta protoplazmy odbarwia się na bladoróżowo. (Przy powierzchownem badaniu możnaby je wziąć za dwoinki, jednakowoż przy bliższem oglądaniu widać dokładnie cały prątek); d) w końcu części nieorganiczne (strąty Ag) i śmiecie.

Wracając do gonokoków, zaznaczyć trzeba, że są one w ogólności nieco mniejsze, skurczone; zależy to od kwasu pikrynowego. Aby znieść to jego działanie, dodałem nieco ługu, a choć zestawienie takie wydaje się nieco paradoksalnem, to jednak w praktyce okazało się korzystnem. Dalej, co się tyczy czarnej plastycznej barwy gonokoków, to występuje ona tem wyraźniej, im powierzchowniej te dwoinki są położone. Im grubszą jest żółta warstwa protoplazmy przykrywającej je, tem bardziej przytłumioną będzie czarna barwa i ostrość obrysów. Przy gonokokach położonych zakomórkowo występuje ten odczyn niejednostajnie i nie posiada dla nich tej wartości, co dla ułożonych typowo w komórce. W końcu przypomnieć należy, że dwoinka Neissera jest tworem bryłowatym o trzech wymiarach, które nie są sobie równe. W polu widzenia przedstawia się zawsze tylko jedna jego powierzchnia, która może mieć typową postać dwoinki; skoro jednak indywiduum ustawi się bokiem, typowej powierzchni nie widzimy i dopiero przy pomocy śruby mikrometrycznej możemy poznać prawdziwą jego postać. Wogóle nie podobna pomieszać gonokoków z innemi bakteryami; w błąd mogłyby wprowadzić chyba strąty nieorganiczne po wstrzykiwaniach, gdy czarne ziarna wypełniają samą komórkę, lecz przy pewnej uwadze można tego uniknąć. Za podstawę tego różniczkowego rozpoznania należy przyjąć zatem, że: gonokoki przedstawiają się jako plastyczne, czarne, charakterystyczne dwoinki, ostro się od tła żółtego odcinające.

Nie można zatem rozpoznawać gonokoków, jeśli widzimy: a) dwoinki na żółtem tle, które nie posiadają czarnej barwy; b) czarne bakterye na żółtem tle, które nie mają charakterystycznej postaci dwoinki; c) choćby dość ciemne dwoinki, które nie są na żółtem tle.

Uwagi te dotyczą badania jakiejś danej wydzieliny. Skoro natomiast chodzi o zbadanie i orzeczenie, czy w jakimś przypadku proces chorobowy wogóle jeszcze trwa i czy w cewce są gonokoki, to przestrzegać należy ogólnie znanych prawideł, mianowicie: 1) Nie należy orzekać na podstawie jednego preparatu, szczególniej przy rzeżączkach przewlekłych koniecznem jest przeglądnięcie większej ilości preparatów. 2) Wynik dodatni badania dowodzi trwania choroby, lecz wynik ujemny nie jest dowodem wyzdrowienia. 3) Badania należy powtarzać kilkakrotnie i to w pewnych odstępach czasu. Dopiero stale powtarzający się ujemny wynik badania pozwala wnosić o wyleczeniu. 4) Nietylko brak gonokoków, ale i liczba ciałek ropy jest bardzo ważną w tym względzie wskazówką.

W końcu pragnąłbym dodać kilka krytycznych uwag o wartości tej metody. Nie daje ona absolutnego odbarwienia wszystkich innych bakteryi poza gonokokami. Jeśli jednak zadowolnimy się tem, że inne dwoinki nie mają tego zabarwienia, co gonokoki, i że jest podana dostateczna ilość cech odróżniających, to w takim razie zasługuje ta metoda na nazwę klinicznej różniczkowo-rozpoznawczej. Za jej ujemną stronę uważam, że nie wszystkie gonokoki dają pożądany odczyn, albowiem zakomórkowe często są nie dość charakterystyczne. Lecz ta ujemna strona jest tylko teoretyczna, zawsze bowiem w takich razach znajdzie się dość charakterystycznych indywiduów. Natomiast nie wymaga ta metoda żadnej osobliwej wprawy w robieniu i oglądaniu preparatów. Jako rzeczywistą zaletę uważam krótki czas barwienia, oraz przejrzystość i wyrazistość, co pozwala szybko i bez znużenia przeglądnąć większą ilość preparatów. (*Autoreferat*).

Dr. J. Świątkiewicz.

V. Kongres internistów niemieckich w Lipsku (18—21 kwietnia 1904 r.)

Zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Dokończenie.)

XIX. Reitz (Mitterfels): Wartość wdychiwania rozpylonych płynów leczniczych w chorobach wewnętrznych. Autor podał przyrząd do rozpylania jak najdokładniejszego leczniczych płynów. Odnośne badania na zwierzętach wykazały, że cząsteczki rozpylonego płynu dochodzą aż do pęcherzyków płucnych; nadto pokazało się, że rozmaite wdychiwane płyny można było później stwierdzić w moczu i to w wielkiej stosunkowo ilości, coby przemawiało za wessaniem drogą płuc; również udało się wykazać wdychiwany płyn i we krwi. Należy wobec tego przyjąć jakąś czynność przenikania (dyfuzya) przez nabłonek pęcherzyków płucnych i przez cieniutką ściankę płucnych naczyń włosowatych. W ten sposób istniałaby metoda, zapomocą której możnaby środki lecznicze wprowadzić drogą wdychania do obiegu krwi z obejściem przewodu pokarmowego, którego warunki chłonienia przedstawiają i tak pewne braki. Nawet przetwory żelaza dały się wprowadzić tą drogą w ustrój zwierzęcy i później stwierdzić: leczenie chorób krwi byłoby w takim razie daleko skuteczniejsze.

W dyskusyi zauważył Schrötter (Wiedeń), że już w tej sprawie o swoich doświadczeniach przemawiał na kongresie w Madrycie. U psów, którym zapomocą przyrządu Buldinga wprowadzał do ustroju błękit metylenowy, — dał się ten przetwór stwierdzić później w najmniejszych oskrzelikach.

Rothschild (Soden) oświadcza, że Lewinowi udało się wykazać w jamie płucnej suchotnika wdychiwany chlorek żelaza.

Sänger (Magdeburg) powiada, że istnieje pewna różnica pomiędzy wciąganiem, a wdychiwaniem, — nie należy więc mieszać tych pojęć.

Schmidt (Drezno) zwraca uwagę, że wessanie leków nie musi nastąpić dopiero w pęcherzykach płucnych, lecz już w tchawicy. W każdym razie daje pierwszeństwo żołądkowi przed tchawicą.

XX. Hering (Praga): Komorowo-rozkurczowa fala tętna żylnego. W dziele Mackenziego o tętnie żylnem, jest rzecz o fali komorowej według zdania autora błędnie przedstawiona. Fala powstaje w ten sposób, że w rozkurczu wysuwa się w górę podstawa serca; fala komorowo-rozkurczowa wzrasta przy zaciśnięciu tętnicy płucnej, w żadnym jednak razie nie powstaje dodatnie tętno żylne. Ostatnie można sztucznie wywołać zapomocą duszności.

W dyskusyi powiada Volhard (Giessen), że uważa tętno wątrobowo-przedsionkowe jako objaw przewlekłego zapalenia osierdzia.

Dewtoch (Frankfurt nad Menem) oświadcza, że zapatrywania Mackenziego zupełnie się zgadzają z klinicznemi spostrzeżeniami.

XXI. Pässler (Lipsk): Choroby kręgosłupa w przebiegu wiądu rdzenia pacierzowego. Autor przedstawia odnośne dwa przypadki: w obydwóch dolna część odcinka lędźwiowego była zajęta. Stwierdzono zanik substancyi kostnej z równoczesnem bujaniem.

XXII. Schmidt (Drezno): Sposób rozpoznawania chorób trzustki. Ze wszystkich soków trawiennych, jeden tylko sok trzustkowy zdolny jest rozpuścić (strawić) substancyę jąder komórkowych; na tem twierdzeniu opiera się właśnie ta nowa metoda rozpoznawcza. Usuwając drogą doświadczalną trzustkę, wówczas można w resztkach mięsa, znachodzących się w kale, stwierdzić jądra komórkowe. Liczne badania, przeprowadzone na zdrowych i chorych, wykazały, że w przebiegu ciężkich chorób trzustki, względnie po zupełnem zniszczeniu tego gruczołu, resztki pokarmowe zawierają jeszcze wszystkie jądra, że więc z tego objawu (z nieznacznemi ograniczeniami) można wysnuć wnioski rozpoznawcze.

XXIII. Clemens (Freiburg): Chemizm diazoreakcyi Ehrlicha. Usiłowania celem otrzymania czystej substancyi, wywołującej odczyn Ehrlicha, nie doprowadziły dotychczas jeszcze do pomyślnych wyników. — Zapatrywanie, że kwas aceto-octowy lub aceton przyczyniają się do wywołania tego odczynu, nie wytrzymuje krytyki. Clemens przeprowadził doświadczenia właśnie dla otrzymania tej substancyi, — zupełnie mu się to nie powiodło; — okazało się tylko, że szukana substancya nie zawiera siarki, natomiast azot. Inne atoli okoliczności dowiodły (mniejsza zawartość azotu, strąt i t. d.), że chodzi tutaj o kwas tleno-proteinowy Gottlieb-Bądzyńskiego.

XXIV. Winternitz (Halle): Pochodzenie tłuszczu w moczu w chorobach nerkowych. W przebiegu chorób nerkowych, szczególniej przewlekle miąższowych, można stwierdzić w moczu drobne kuleczki tłuszczu, które według dzisiejszego stanu nauki mają pochodzić z tłuszczowo zwyrodniałych komórek. Można jednak wykazać, że część tego tłuszczu pochodzi bezpośrednio z krwi, względnie z tłuszczu pokarmów. Nerka w prawidłowych stosunkach tłuszczu nie przepuszcza, staje się ona natomiast przepuszczalną dla tłuszczu w przypadkach zapaleń, szczególniej przewlekłych, i wówczas utrata tłuszczu drogą moczu może dojść do wysokich stosunkowo stopni.

XXV. Leo (Bonn): W sprawie leczenia nadmiernej kwasoty (hyperaciditas) żołądkowej. Doskonałe wyniki osiągnął autor w takich przypadkach wlewaniami 4—10% roczczynów soli kuchennej; — zabiegi te usuwały czasami towarzyszące boleści żołądkowe.

XXVI. Dehio (Dorpat): O korzystnym wpływie sztucznie wywołanej gorączki w rozmaitych cierpieniach. Wstrzykiwaniami jałowych roczczynów peptonu Wittego wywoływał Dehio gorączkę, zapomocą której powiodło mu się w znacznej liczbie przwlekłych chorób zakaźnych uzyskać dobre wyniki lecznicze. Z 13 n. p. przypadków wilka twarzy, nastąpiło w 10 wyleczenie, — w trzech przypadkach pojawił się nawrót choroby, a 3 niewyleczone. Z 6 chorych ze świeżemi zmianami drugorzędnej kiły, znikły u 4 wszystkie objawy, w 2 były wstrzykiwania peptonu bezskuteczne. Dwa przypadki rzeżączki świeżej wyleczono w ciągu 4—5 dni, przypadki przewlekłe pozostawały bez zmiany. Dymienice znikały bez śladu (bez ropienia). Jeden przypadek rzeżączkowego zapalenia pęcherza, który przedtem opierał się wszelkiemu leczeniu, został zupełnie wyleczony wstrzykiwaniami peptonu. — W zapaleniu pęcherza pochodzenia gruźliczego i drugiem o przebiegu przewlekłym nie miały wstrzykiwania żadnego wpływu. Również dobre skutki osiągnął autor w przypadkach wrzodów kilakowych podudzia, pomimo, że zwykłymi sposobami leczenia do żadnych nie doszedł wyników.

XXVII. Staehelin (Bazylea): Wymiana materyi i zapotrzebowanie energii w przebiegu gorączki. Zapomocą pośredniej kalorymetryi stwierdził autor u gorączkującego psa, że produkcya ciepła była daleko większą od tej, którąby się dała wyjaśnić rozpadem białka. Z tego można wnosić, że w przebiegu gorączki zachodzą nietylko zaburzenia w wymianie istot białkowatych, lecz także i tłuszczowych.

XXVIII. Clemm (Darmstadt): Dyeta w kamicy żółciowej. Najlepszym środkiem zapobiegawczym jest wolny odpływ żółci, co się osiąga dyetą mieszaną ze szczególnem uwzględnieniem mięsa i tłuszczów. Najlepsze są tłuszcze mleka i żółtka, tran, oliwa, słonina i tłuszcz gęsiej wątroby; — nieodpowiednie są tłuszcze, skrzepłe przez gotowanie.

XXIX. Guteman (Berlin): Zaburzenia mowy u neurasteników. Autor szczególniej omawia jąkanie się, którego nie zaliczano do neurastenii — dokładniejsze jednak badania ostatnich czasów dowiodły, że u ludzi jąkających się wytwarzają się z biegiem czasu objawy neurasteniczne. Również i na odwrót: u neurasteników powstaje znamienne jąkanie się. Leczenie nie powinno być ani wyłącznie ogólne, ani też wyłącznie specyalne.

XXX. Fink (Karlsbad): Kamica żółciowa. Na podstawie swych spostrzeżeń twierdzi Fink, że już jednorazowem leczeniem w Karlsbadzie można w kamicy trwały skutek osiągnąć.

XXXI. Simon (Karlsbad): Pojawienie się cellulozy w kale i jej ilościowe oznaczenie: Godną uwagi jest okoliczność, że ludzie cierpiący na zatwardzenie, lepiej wyzyskują cellulozę, aniżeli inni.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 20 sierpnia.

* Długo ciągnąca się sprawa dopuszczenia ukończonych uczniów szkół tak zw. realnych do studyum lekarskiego w Austryi została właśnie zakończoną przez rozporządzenie ministeryalne, zezwalające takim abituryentom zapisywać się na wszechnicę po złożeniu dodatkowego egzaminu z języków klasycznych.

* Sanatoryum dla niezamożnych suchotników w Rudce ma być według pism warszawskich na ukończeniu. Brakuje tylko urządzeń wewnętrznych i potrzebnych na nie 30,000 rubli.

* Zakład dla umysłowo-chorych Dr. Olechnowicza przeniesiony został z Lublina do Czerwonego Dworu pod Warszawą (St. Pustelnik).

* Stypendyści uniwersytetów rosyjskich, którzy skończyli wydział lekarski w roku bieżącym, mają być przeznaczeni do służby wojennej (*Medyc.*).

* W r. b. liczą w całej Rosyi 21,827 lekarzy, z tego 737 kobiet. Po Petersburgu i Moskwie najwięcej lekarzy posiada Warszawa (1034).

* Liczba słuchaczy medycyny zmniejsza się nietylko na kontynencie, ale i w Anglii, gdzie z 2405 w r. 1891 spadła na 1538 w roku 1900 Studya lekarskie są w Anglii coprawda niezmiernie kosztowne.

* Zjazd chirurgów francuskich w Paryżu rozpocznie się 17 października, zjazd internistów 24 października r. b.

* V Zjazd chirurgów rosyjskich odbędzie się w Moskwie z końcem grudnia st. st. Na porządku dziennym postawiono: zapalenie płuc pooperacyjne, wycinanie żeber w otokach piersiowych, przyszywanie nerki (*Gaz. lek.*).

* Między 19 lipca a 1 sierpnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: dobromilskim (1 gm.), lwowskim (1 gm.), rawskim (3 gm.), skałackim (3 gm.), tarnopolskim (1 gm.), turczańskim (3 gm.), złoczowskim (1 gm.).

* Fizykat miasta Lwowa urządza od 22 do 27 b. m. drugi bezpłatny kurs dla wykształcenia służby sanitarnej (desynfektorów), na który miasteczka galicyjskie wysyłają członków policyi miejskiej, straży pożarnej i t. d.

* Kol. Dr. Weinreb i Bujalski ostrzegają w «Głosie lekarzy» przed posadą lekarza okręgowego w Chocimierzu, jako «narażającą na pewną nędzę».

* Wydział powiatowy w Gródku ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego w Janowie. Szczegóły podajemy w inseratach.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Kaliciński mianowany ordynatorem szpitala kolei nadwiślańskich w Warszawie na Pradze. Doc. Koester w Lipsku mianowany profesorem nadzwyczajnym. Prof. Franz z Berlina mianowany dyrektorem kliniki chorób kobiecych w Jenie.

Nekrologia. We Frankfurcie n. Menem zmarł d. 4 b. m. nagle w 60 r. życia słynny anatom patologiczny, dyrektor instytutu Senckenberga, prof. Karol Weigert. Prace zmarłego, który był uczniem i wieloletnim asystentem Cohnheima, przyczyniły się znakomicie do rozwoju współczesnej naukowej medycyny, żeby wspomnieć tylko o badaniach nad anatomią ospy, barwieniem bakteryi (1875), barwieniem osłonek rdzennych (1882), neuroglią, włóknikiem, martwicą skrzepową, gruźlicą prosówkową, włóknami elastycznemi i t. d. Obmyśleniem znakomitych sposobów badania układu nerwowego stworzył Weigert nowe drogi dla neuropatologii. Był on jednym z najwybitniejszych współczesnych uczonych niemieckich, do którego pracowni garnęła się młodzież ze wszystkich krajów, przyciągana zarówno jego sławą, jak wielkiemi zaletami osobistemi. — W Królewcu zmarł okulista prof. Heisrath.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 32. Malinowski: Syfilis dziedziczny wczesny. B. Łuczycki: Przypadek syfilisu mostu Warola.

— *Medycyna* Nr. 32. Nitsch: Uwagi nad metodą Pasteurowską zapobiegania wściekliźnie (c. d.). Bornstein: Asthenia paroxysmalis (c. d.).

— *Kronika lekarska* Z. 15. Sędziak: Rozpoznawanie i leczenie raków krtani (c. d.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 8. Sokołowski: Obawa przed suchotami. Przewoski (ze Świecia): Leczenie tłuszczaków wyskokiem.

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* Z. 2: Dmochowski: Przyczynek do anatomii patologicznej tak zw. róży błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych. Męczkowski: Szpital w Milanowie na podstawie materyałów zebranych przez kuratora szpitala. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce (c. d.). Przegląd piśmiennictwa lekar. polskiego za r. 1903.

— *Głos lekarzy* Nr 16: Mikołajski: Uzdrowotnienie Galicyi. Langie: Położenie materyalne lekarzy praktyków w miastach (c. d.). — Żniwy dziennikarskiej. Mikołajski: Taryfa lekarska (c. d.). Mikołajski: Przeciw specyfikom (c. d.). — W sprawie krajowych zakładów dla obłąkanych (dok.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 9. Pelczar: Kilka uwag w sprawie działania kąpieli słonych, a w szczególności o działaniu ich termicznem.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 9. Zygm. Rosner: Odpowiedź na kilka pytań kwestyonaryusza. W. E. R. Zakopane (dok.). Skórczewski: Oddzielenie zdrojowiska Krynicy od gminy wiejskiej. Gaik: Zakopane (dok.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 32. Návrat: O samovraždě (c. d.). Reinsberg: Tuberculosis myocardii. Černičky: O chorobách sdělných, lecěných ve Vinohradsko-Žižkovske nemocnici.

— *La Presse médicale* Nr. 62. Bazy: Patogeneza wodonercza przerywanego. Thoinot i Delamare: Niedomoga wysp Langerhansa.

— Nr 63. Javal: Wskazania leczenia zapomocą dechloruracyi. Politzer: O konieczności obowiązkowej nauki otologii w wydziałach lekarskich.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 32. Schmalz: W sprawie zboczeń sercowych w płonicy i ich następstw. Heichelheim i Kramer: Badania porównawcze nad działaniem kwasu solnego, kwasu solnego i pepsyny, oraz gasteryny w przypadkach *hypochylia i achylia gastrica*. Erb: O fizyologicznem działaniu «naturalnego soku żołądkowego świń (dyspeptyny Dr. Hepp)». Horner: O parciu w przedsionkach przy wadach zastawkowych. Muthmann: O isopralu, nowym leku nasennym. Schott: Dwa przypadki postrzału mózgu. Seiderer: Przypadek zwichnięcia międzykrocznego. Koeppe: Prosta pompka mleczna. Rössle: Znaczenie przekrwienia i wieku w powstawaniu nowotworów (c. d.). Pachinger: Przesądy przed porodem i przy porodzie człowieka.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 33. Walter: W sprawie rozpoznawaniu duru. Bertarelli: O czynnem uodpornieniu człowieka przeciw cholerze. Carini: O aglutynacyi prątka wąglikowego Koziczkowsky: Przyczynek do metodyki klinicznego badania stolców. Bethe: Obecny stan teoryi neuronów. Leick: Leczenie moczówki prostej wstrzykiwaniami strychniny. Lunz: Przypadek dny u siedmioletniego dziecka. Killian: Mój szesnasty przypadek bronchoskopii ciała obcego. Lohnstein: O nowym sposobie leczenia przewlekłego zapalenia cewki moczowej. Raehlmann: Dodatek do pracy p. t.: «O ultramikroskopowych składnikach krwi». Singer: Xiphopagus-Duplicitas paralella.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 32. Nonne: Przypadek rodzinnego wiądu rdzenia na tle kiłowem. Wiąd u matki i jej dwóch córek, obarczonych kiłą dziedziczną. Jessen i Edens: Rozsiane zapalenie mięśni i nerwów przy odrze. Bogrow: Guzowatość nosa *(rhinophyma)* i jej leczenie. Lammers: Przypadek złamania szyjki uda u dziecka. Fejér: Zatrucia wilczą jagodą w praktyce okulistycznej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 32. Kövesi: O rozpoznawaniu sprawności nerek. Wohlmuth: Dwa przypadki przetoki płucno-skórnej. Fuchsig: O ranach kłutych żołądka.

Redakcya otrzymała: Dr. J. Barzycki: Kilka uwag o epidemiach duru plamistego w Galicyi i o środkach jego tłumienia. Lwów, 1904 r.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 32 (od 7/VIII do 13/VIII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 28, dz. 22; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 21, kob. 16; zamiejscowych: męż. 8, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 8, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. 1 ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. 1. 8) odra: miej. 1, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. 1 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 7, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —, 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 1, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 2 ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 5, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob —. **Razem** miej. 37, obcych 15.

Za redaktora odpowiedzialnego: **Prof. Dr. Stan. Ciechanowski.**